2022

E.SE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN.
GUAMAL – MAGDALENA.



[PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE PACIENTE AGITADO]

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 4

1. ¿DE QUÉ HABLAMOS? 5
2. ¿CÓMO ABORDAMOS LA SITUACIÓN? 5

Flujograma de atención a paciente agitado 6

3. VALORACIÓN DE RIESGOS 7
   - 3.1. Factores predictores de hetero/autoagresividad 7
   - 3.2. Factores predictores de riesgo orgánico vital 7
4. CONTROL INICIAL DE LOS SÍNTOMAS 7
   - 4.1. Medidas de seguridad protocolizadas 8
     - 4.1.1. Características de un espacio físico adecuado para la atención al paciente agitado 8
     - 4.1.2. Apoyo de otros profesionales 8
     - 4.1.3. Actitud en la atención en el domicilio del paciente 8
     - 4.1.4. Intervención para el control de la conducta: Contención 8
5. ¿CÓMO LO DIAGNOSTICAMOS? 13
   - 5.1. Causas de agitación 13
     - 5.1.1. Agitación orgánica 13
     - 5.1.2. Agitación psiquiátrica 13
     - 5.1.3. Agitación mixta 14
   - 5.2. Evaluación del paciente agitado. Utilizaremos como herramientas básicas diagnósticas 14
   - 5.3. Agitación orgánica 14
   - 5.4. Agitación psiquiátrica 16
   - 5.5. Agitación mixta 17
6. ¿CÓMO CONCRETAMOS SU ABORDAJE FARMACOLÓGICO? 17
   - 6.1. Agitación orgánica 17

6.2. Agitación psiquiátrica 19
6.3. Agitación relacionada con consumo de tóxicos y formas mixtas 20
7. SEGUIMIENTO O DERIVACIÓN 21
8. BIBLIOGRAFÍA 22

INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional.

Nuestra intervención debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente y los profesionales que le atienden. Es recomendable tener previstas las pautas de actuación.

La contención verbal, si es posible, constituye el primer paso para intentar controlar la conducta del paciente.

Cuando las medidas conductuales no han sido suficientes, utilizaremos medidas de contención farmacológica. El Haloperidol es el fármaco que ha demostrado mayor efectividad. En pautas de entre 2,5- 5 mg. vía oral o intramuscular, pudiendo repetirse a intervalos de 30-60 minutos si es necesario. Dosis máxima 100 mg. al día.

La agitación orgánica se diferencia del resto porque suele acompañarse de disminución nivel de alerta. Intentaremos identificar y administrar un tratamiento específico. El tratamiento farmacológico se hará con Haloperidol 2,5-5 mg. i.m. repetible cada 30-60 min. Hasta un máximo diario de 100 mg (en ancianos reducir a 1/2 ó 1/3 la dosis)

1. ¿DE QUÉ HABLAMOS?

En las urgencias psiquiátricas frecuentemente nos encontramos con pacientes que requieren atención por agitación y/ o conductas agresivas.

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional. Nos centramos en las formas de presentación aguda, que precisan atención inmediata y en el ámbito de la atención primaria. La intensidad del cuadro puede variar desde una mínima inquietud a una actividad de movimientos extrema sin finalidad alguna. Cuando esa hiperactividad tiene un objetivo determinado hablamos de agresividad o violencia, que puede manifestarse como hostilidad, brusquedad con tendencia a la auto o heterodestrucción.

Las causas pueden ser psiquiátricas, orgánicas o derivadas del abuso de sustancias. En los pacientes psiquiátricos aumenta el riesgo de conducta violenta cuando coexiste consumo abusivo de sustancias. Algunas causas orgánicas pueden tener consecuencias potencialmente graves, incluso fatales.

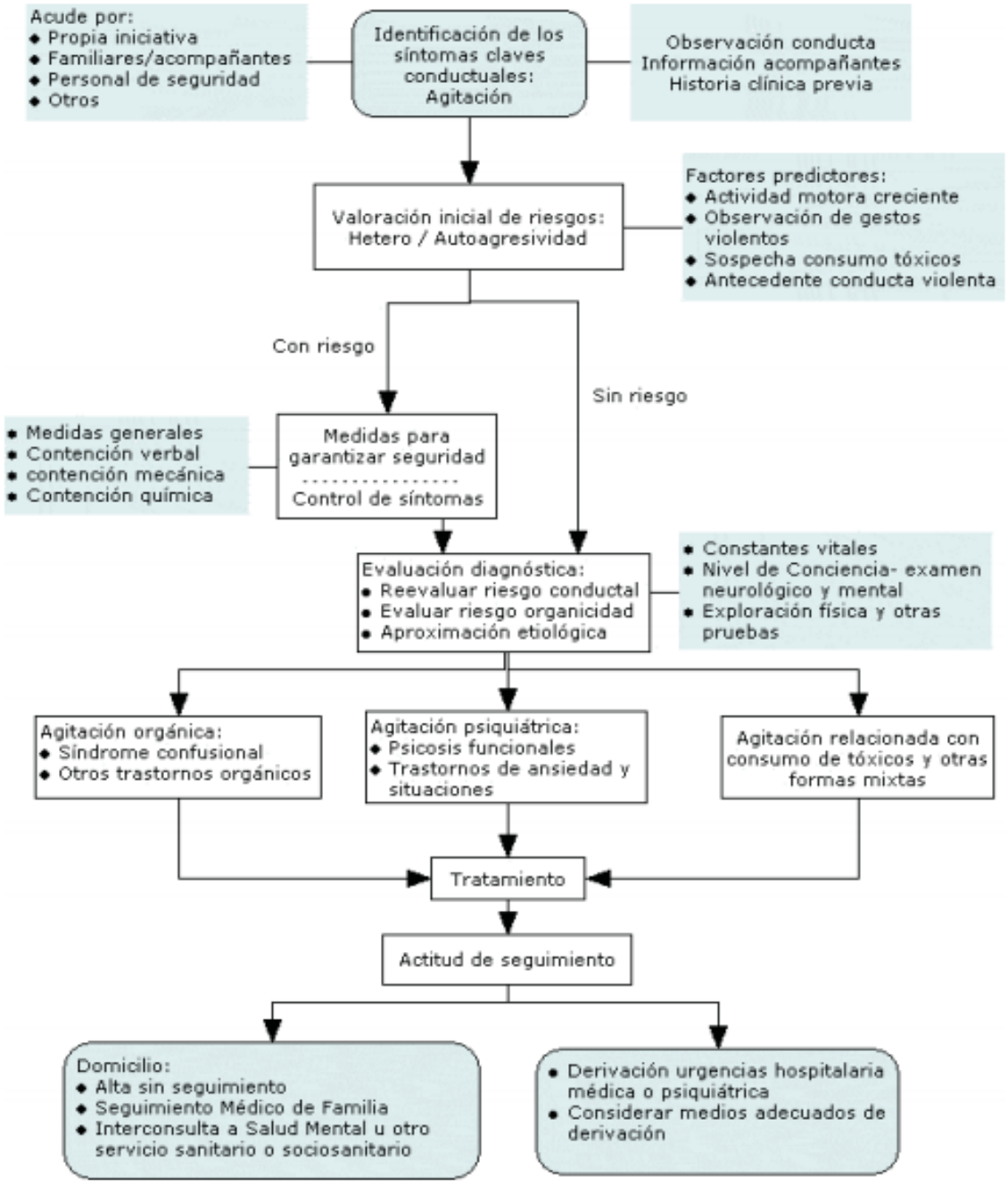
Sin embargo, hemos de recordar que la mayoría de los incidentes violentos y los más graves son normalmente cometidos en el contexto de las consultas diarias, por individuos sin trastornos mentales definido u orgánico y como resultado de múltiples factores causales o desencadenantes que van más allá de lo sanitario.

2. ¿CÓMO ABORDAMOS LA SITUACIÓN?

El paciente puede acudir por propia iniciativa, solicitando ayuda por una vivencia indeseada de su agresividad o falta de control, o lo que es más frecuente, son los familiares, acompañantes o fuerzas de seguridad los que solicitan la atención.

Determinados factores dificultan especialmente la actuación de los profesionales ante el paciente agitado: la presión para una actuación rápida, las implicaciones legales y el componente emocional que generan estas situaciones. Existen datos que señalan que saber lo que tenemos y lo que no tenemos que hacer explicitado en un protocolo de actuación, la formación de los profesionales que intervienen, su entrenamiento, la experiencia del equipo y el uso de determinadas medidas, sobre todo farmacológicas, se relacionan con una mayor efectividad en el abordaje de estos pacientes especialmente ante el manejo de la violencia inminente. (C).

Flujograma de atención a paciente agitado



3. VALORACIÓN DE RIESGOS

Hablamos de los riesgos potenciales tanto para el paciente y como para su entorno, incluido los profesionales que lo atienden. Fundamentalmente son el desarrollo de violencia en forma de hetero o autoagresividad y el riesgo vital secundario a la posible etiología orgánica de la agitación. Los siguientes son factores que puede predecir su aparición:

3.1. Factores predictores de hetero/autoagresividad (basados en observación de conducta, información de la familia y acompañantes, historia previa y juicio clínico): (C)

- ✓ Aumento creciente de la actividad motora
- ✓ Presencia de gestos y actitudes violentas: amenazas verbales, gritos o exhibición de violencia sobre objetos...
- ✓ Sospecha de consumo de tóxicos
- ✓ Antecedentes de conducta violenta previa
- ✓ La presencia de clínica alucinatoria incrementa el riesgo

3.2. Factores predictores de riesgo orgánico vital: (D)

- ✓ Deterioro de constantes vitales
- ✓ Alteración del nivel de conciencia
- ✓ Y /o la presencia de alucinaciones visuales

4. CONTROL INICIAL DE LOS SÍNTOMAS

Nuestra intervención debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente y los profesionales que le atienden. Es recomendable tener previstas las pautas de actuación. Su elaboración se basará en las evidencias disponibles, el consenso y la experiencia del EAP, la disponibilidad de medios y las consideraciones éticas y legales establecidas para el abordaje de este tipo de pacientes. (C)

4.1. Medidas de seguridad protocolizadas

Aunque se debe intentar respetar la privacidad de la entrevista es prioritario salvaguardar la seguridad. Esto determinará las condiciones de la entrevista:

4.1.1. Características de un espacio físico adecuado para la atención al paciente agitado

Amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida, sin cerrojos y un sistema de llamada al exterior para situaciones de emergencia.

Si la situación lo permite, la entrevista se realizará a solas con el paciente, el médico se situará más próximo a la salida y con suficiente distancia de seguridad. El acompañante podrá estar presente si actúa como elemento tranquilizador.

Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta y con otras personas fuera próximos a la puerta, o incluso de pie y presentes en la habitación.

4.1.2. Apoyo de otros profesionales

No debemos exponernos a riesgos innecesarios. La presencia de personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador. En casos extremos, no debemos esperar a ser agredidos para avisar a personal de seguridad o policía. Las fuerzas de seguridad tienen la obligación legal de colaborar (delito de denegación de auxilio y omisión de socorro, en caso contrario).

Si el paciente amenaza con armas: interrumpiremos la entrevista ya que esta situación excluye la actuación del profesional sanitario, no discutiremos y avisaremos al personal de seguridad o a la policía.

4.1.3. Actitud en la atención en el domicilio del paciente

Mejor acudir con familiares. Tendremos que ser especialmente respetuosos con en el espacio físico del paciente. Solicitaremos siempre permiso. Si el paciente vive solo deberemos extremar las medidas de seguridad.

4.1.4. Intervención para el control de la conducta: Contención

Las medidas de contención son el elemento básico inicial para intentar controlar la agitación del paciente. Son un medio, no una meta de actuación, ya que nos debe posibilitar la evaluación diagnóstica y su correspondiente tratamiento adecuado, objetivos de nuestra atención.

De modo secuencial la contención la aplicaremos del siguiente modo:

4.1.4.1. Contención verbal

Si es posible constituye el primer paso para intentar controlar la conducta del paciente. Comprende por un lado una actitud terapéutica por parte del médico y del resto de los profesionales y técnicas de entrevista clínica adaptadas a estos pacientes.

- Actitud de los profesionales:
    - Debemos ser capaces de trasmitir verbal y no verbalmente al paciente que nuestra intención es de protección frente a su enfermedad.
    - Evitaremos mostrar miedo, para ello tenemos que haber creado previamente las condiciones de seguridad, ya referidas.
    - Mostraremos seguridad en lo que hacemos, control de la situación y firmeza.
- Desarrollo de la entrevista:
    - Nos presentaremos como médicos. Mantendremos la distancia de seguridad y evitaremos el contacto visual fijo durante largo tiempo ya que puede ser percibida como amenazante.
    - Seremos respetuosos, utilizaremos un tono de voz calmado y neutral.
    - Le dejaremos hablar, el paciente debe sentirse escuchado.
    - Procuraremos evitar un interrogatorio minucioso y largo, mejor usar eufemismos que preguntas directas.
    - Evitaremos discutir, responder con una actitud hostil, desafiante o agresiva a sus argumentos. Evitaremos realizar juicios de valor sobre su actitud, si lo hacemos probablemente provoquemos un incremento del riesgo de violencia, especial-mente en pacientes con trastornos de la personalidad. Utilizaremos frases empáticas del tipo "...comprendo que pueda estar muy nervioso...". Debe percibir nuestro interés, nuestra ayuda y comprensión por su problema.

- Abordaje durante la entrevista:

- Las posibilidades de abordaje del paciente, utilizando la propia entrevista como instrumento diagnóstico-terapéutico, va a depender fundamentalmente de tres factores:

- De la repuesta del paciente desde el inicio de la entrevista y durante el desarrollo de la misma. Si la entrevista se complica y no podemos controlar la situación debemos pasar a otro tipo de intervención (contención mecánica o química)

- De nuestra competencia y experiencia en el manejo de este tipo de entrevistas y su abordaje psicoterapéutico. En este caso, aspectos de técnicas cognitivas-conductuales o psicoterapia breve podrían aplicarse. Si no es así, realizar la anamnesis médica y completar la fase exploratoria, dejando claro lo que no se pueden ofrecer y lo que sí, y explicando las pasos a seguir diagnósticos y terapéuticos.

- De la disponibilidad de un entorno preestablecido que nos dé seguridad en la actuación.

- La contención verbal parece más efectiva en intervenciones de situaciones de crisis, y en general poco útil en el resto. Por tanto, ante la falta de formación, experiencia o condiciones del entorno que nos permita sentirnos capaces de resolver con seguridad la situación o si la iniciamos ante sentimientos de miedo, confusión o cansancio del médico debemos suspender el intento de contención verbal y pasar a otras medidas.

4.1.4.2 Contención mecánica

Es un procedimiento que permite limitar los movimientos del paciente agitado mediante sistemas de inmovilización física. La revisión de los estudios que analizan la efectividad de los métodos de contención física o las técnicas de aislamiento para el manejo de pacientes agitados y violentos, no permiten sacar conclusiones con suficiente consistencia, especialmente fuera del contexto hospitalario.

Sin embargo, en atención primaria y en situaciones de urgencias, resultan útiles y recomendables: (C)

- Ante el fracaso de la contención verbal o cuando inicialmente ésta no es posible. Tendrá como objetivos salvaguardar la seguridad del paciente y de los profesionales que le atienden, impedir en su caso, la manipulación de otras medidas aplicadas como vías o sondas, probablemente necesarias en agitaciones de causa orgánica o para evitar la fuga de un paciente que acude involuntariamente.

- En todo caso, será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica, especialmente en agitación de origen psiquiátrico.
- En ancianos puede ser más efectiva y con más seguridad que la sedación farmacológica.
- El método más utilizado y que parece más efectivo es la inmovilización mediante correas. Las características de su uso vienen recogidas en la tabla 1. No está demostrada la utilidad práctica de otros métodos como aerosoles, dardos, etc...

Tabla 1. Contención física.

Inmovilización mediante correas	Técnica
• Es una técnica de enfermería pero que va a precisar la ayuda de todo el personal disponible, entre 4 y 5 personas, para que resulte más efectiva en pacientes violentos. • La exhibición de fuerza puede resultar de por sí disuasorio, y en algunos casos suficiente. • Mejor utilizar correas comercializadas de cuero que vendas, sábanas o similares. • Se realizará en habitación separada de otros pacientes o familiares. • Eliminar objetos peligrosos próximos.	• Se le indica al paciente que se va a proceder a su inmovilización para su protección y correcta atención. • Ideal actuar 1 persona por cada extremidad y otra para el control de la cabeza. Una persona dirige. • Colocar al sujeto de espaldas sobre el suelo o la camilla. • Sujetar con las correas entre 2 puntos (brazo y pierna contralaterales) y 5 puntos (todas las extremidades y cintura), según la intensidad del cuadro. • La cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones. Evitar la opresión del cuello y abdomen. • Ante violencia extrema la inmovilización la debe realizar las fuerzas de seguridad.

- Seguimiento del paciente inmovilizado:
    - El paciente debe ser controlado mientras esté inmovilizado.

- Aflojar periódica y rotatoriamente las ataduras.
- Control de constantes vitales.
- Asegurar la correcta hidratación sobre todo ante necesidad de sedación prolongada (riesgo de rabdomiolisis), vigilar la vía aérea y la higiene, especialmente en ancianos.
- Si la inmovilización va a ser prolongada (especialmente referido a medio hospitalario), administrar anticoagulación con HBPM por riesgo de TVP.

4.1.4.3 Contención farmacológica

Cuando las medidas conductuales no han sido suficientes para controlar el trastorno del paciente, utilizaremos medidas de contención farmacológica. En la mayoría de los casos de agitación tanto de origen orgánico como psiquiátrico la precisaremos; es más, la necesidad de contención mecánica va a conllevar generalmente necesidad de sedación farmacológica.

El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios. Actualmente sigue siendo tema de debate qué fármacos usar o combinación, o qué vía o dosis es la más efectiva. Esto se refleja en la variabilidad de las recomendaciones, entre autores y guías, entre continentes y países o entre recomendaciones y práctica clínica. Una de las razones para ello es la poca consistencia de los estudios, por escasos y por sus limitaciones metodológicas incluida la dificultad para extrapolar resultados cuando la mayoría están realizados en medio hospitalario. Y otra la dificultad de implementar cambios en la práctica médica desde las guías.

La vía de administración más recomendable es la oral. En la práctica tanto la vía oral como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos pacientes. La vía intravenosa presenta más riesgos cardiorrespiratorios. La vía intramuscular aunque es menos rápida y fiable que las anteriores, es la más segura.

Las recomendaciones de uso de fármacos de modo genérico son:

- Los neurolépticos y las Benzodiacepinas junto con la experiencia de los profesionales son los medios más efectivos para el manejo de pacientes con violencia inminente [C]
- El Haloperidol es el fármaco que ha demostrado mayor efectividad [C]. En pautas de entre 2,5- 5 mg. vía oral o intramuscular, pudiendo repetirse a intervalos de 30-60 minutos si fuera necesario. Dosis máxima 100 mg. al día.

- Diazepam puede ser administrado simultáneamente con Haloperidol si es preciso [C]. Dosis de 10-20 mg. vía oral o intravenosa lenta. Lorazepam 2-4 mg. im o iv es otra alternativa. Las Benzodiacepinas pueden ser usadas solas. Ambas benzodiazepinas tienen el potencial de causar depresión respiratoria y sería cuestionable utilizar este grupo de fármacos fuera de aquellos servicios que controlen y resuelvan las consecuencias de la dificultad respiratoria con absoluta seguridad.

5. ¿CÓMO LO DIAGNOSTICAMOS?

El control de la conducta nos permite disminuir los riesgos que conlleva su alteración pero también realizar una aproximación diagnóstica, al menos sindrómica y psicopatológica que nos ayude a la toma de decisiones rápidas y resolutivas. No debemos olvidar sin embargo, que la sedación farmacológica puede dificultar esta evaluación.

Agruparemos los tipos de agitación en función de sus posibles causas.

5.1. Causas de agitación

5.1.1. Agitación orgánica

- Delirium debido a enfermedad médica:
  - Trastornos neurológicos: traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cerebro-vascular y encefalopatía hipertensiva. Neoplasias primarias y secundarias. Meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, neurosífilis y SIDA. Epilepsia.
  - Trastornos sistémicos: endocrinológicos, metabólicos, cardiovasculares, deficiencias vitamínicas, intoxicaciones, enfermedades infecciosas, enfermedades oncológicas, enfermedades autoinmunes, fármacos.
  - Demencia y sus diferentes tipos

5.1.2. Agitación psiquiátrica

- Esquizofrenia
- Trastornos delirantes y otros trastornos psicóticos
- Fase Maníaca de un trastorno bipolar
- Trastornos no psicóticos:
- Trastornos de ansiedad y por estrés pos-traumático
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos adaptativos
- Trastornos disociativos
- Otros trastornos

5.1.3. Agitación mixta

- Trastornos relacionados con el consumo de alcohol, alucinógenos, anfetaminas (o sustancias de acción similar), cannabis, cafeína, cocaína, fenciclidina (o sustancias de acción similar), inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, otras.
- Otros trastornos

5.2. Evaluación del paciente agitado. Utilizaremos como herramientas básicas diagnósticas

- Historia Clínica: como ya hemos comentado nos basaremos en la observación, la información procedente de los familiares o acompañantes, la historia clínica previa del paciente, y los datos de la anamnesis con el paciente que podamos obtener.
- Nos interesa especialmente sus antecedentes psiquiátricos, orgánicos y consumo de tóxicos. La existencia de episodios similares y los datos relativos al episodio actual: factores precipitantes, cronología de los acontecimientos y síntomas clínicos.
- Examen del estado mental: con especial interés en la determinación del nivel de conciencia (apertura de los ojos, lenguaje, movimientos espontáneos y a estímulos): obnubilación, con-fusión, estupor o coma.
- Sin olvidar explorar la memoria, afectividad, forma y contenido del pensamiento (incoherencia e ideas delirantes) y alteraciones sensoperceptivas.
- Examen neurológico y físico básico
- Pruebas complementarias básicas: en atención primaria limitadas a constantes vitales, glucemia basal capilar y saturación oxigeno mediante pulsioximetría.
- Diagnóstico diferencial sindrómico Diferenciaremos la agitación orgánica, psiquiátrica y mixta o relacionada con el consumo de sustancias (ver Tabla 2)

5.3. Agitación orgánica

- Es la agitación prototipo del síndrome confusional agudo o Delirium.
- En la agitación orgánica el síntoma clave es la alteración del nivel de conciencia. Instauración típicamente aguda y curso fluctuante con empeoramiento nocturno. En este contexto pueden aparecer ideas delirantes de predominio ocupacional. Característica son las alucinaciones visuales.
- El paciente se suele presentar sudoroso, inquieto y con frecuencia presenta signos exploratorios tales como fiebre, taquicardia, taquipnea, ataxia..., según el proceso causal del cuadro confusional.
- Con frecuencia el paciente no tiene antecedentes psiquiátricos aunque suele tener antecedentes médicos que actúan como factores precipitantes.
- Respecto a las demencias

Síntoma clave: múltiple déficit cognoscitivo que incluye de modo precoz y prominente la memoria. Síntomas más estables y persisten en el tiempo. No alteración del nivel de conciencia habitualmente.

Tabla 2. Diagnóstico Diferencial sindrómico del paciente agitado. Síntomas y signos más frecuentes y característicos

	Agitación Orgánica	**Agitación Psiquiátrica Psicótica**	**Agitación Psiquiátrica no Psicótica**	**Agitación mixta y relacionada con consumo tóxicos**
Antecedentes psiquiátricos	Menos frecuentes	Frecuentes	Frecuentes	Posibles
Antecedentes de ingresos psiquiátricos	Menos frecuentes	Frecuentes	Menos frecuentes	Posibles
Consumo de tóxicos	Menos frecuente	Posible	Menos frecuente	Frecuente
Nivel de conciencia	Disminución nivel de alerta	No afectada	No afectada	Posible afectación nivel de conciencia
Orientación	Desorientación Temporespacial	No afectada	No afectada	Posible desorientación
Curso	Fluctuante, empeoramiento nocturno	No fluctuante	ɔ fluctuante	Puede fluctuar
Ideas Delirantes	Delirio ocupacional	Ideas de perjuicio o megalomaníaca	Ausentes	Posibles
Alucinaciones	Visuales	Auditivas	Ausentes	Posibles

Afectividad	No afectada	Hostilidad o indiferencia	Temor o angustia	Posibles
Focalidad y signos físicos	Presentes	Raro	Posibles	Posibles
Pruebas complementarias	Alteradas	Normales	Normales	Puede alteradas

5.4. Agitación psiquiátrica

No existe alteración del nivel de conciencia, el sujeto esta alerta. No suele existir des-orientación temporoespacial.

Generalmente antecedentes psiquiátricos e incluso antecedentes de ingresos hospitalarios.

Entienden y atienden generalmente a las preguntas, pero con importante dificultad para dirigir a la entrevista.

Los pacientes manifiestan la clínica psicopatológica correspondiente a la entidad psiquiátrica causal, con escasa o nula fluctuación en su curso. La ideación delirante es frecuente y suele ser de perjuicio (esquizofrenia o trastornos delirantes) o megalomaniacas con aceleración motora-verbal (manía). Predominan las alucinaciones auditivas, raro las visuales.

En los cuadros psiquiátricos no psicóticos, es característico la ausencia de ideas delirantes ni alteración del nivel de conciencia. La agitación es más teatral y provocadora. Son pacientes más accesibles a la intervención verbal.

Debemos considerar una serie de factores recogidos en la Tabla 3, que pueden actuar como precipitantes.

Tabla 3. Factores precipitantes de agitación orgánica

Edad:

- La pluripatología de los ancianos, la polimedicación que conlleva y las limitaciones de metabolización y excreción de fármacos propias del envejecimiento, favorecen esta predisposición

- Destaca la iatrogenia de fármacos con efecto anticolinérgico
- Las infecciones, especialmente respiratorias y urinarias resultan potencialmente letales en estas edades
- Las situaciones asociadas a deshidratación y cuadros obstructivos intestinales
- Los procesos cardiorrespiratorias desencadenantes de arritmias o hipoxemias
- Y las enfermedades vasculocerebrales, entre otras

Daño cerebral previo.
Demencia, enfermedad vasculocerebral o epilepsia
Intervenciones quirúrgicas.
Cirugía cardiaca, craneotomias o grandes quemados
Abuso de sustancias
Aislamiento sensorial
Intervenciones oftalmológicas, ingresos

5.5. Agitación mixta

Nos referimos a pacientes psiquiátricos con componente de organicidad y especialmente con agitación relacionada con el consumo de alcohol u otros tóxicos, sea por intoxicación o abstinencia. Existe el antecedente de consumo y las características propias de estas entidades.

6. ¿CÓMO CONCRETAMOS SU ABORDAJE FARMACOLÓGICO?

6.1. Agitación orgánica

Si la causa o los factores precipitantes del síndromemeconfusional agudo son identificados y abordables desde nuestro medio, se administrará el tratamiento específico.

Medidas de sostén: control de constantes vitales, mantenimiento de vía aérea si precisa e hidratación.

Tratamiento farmacológico de la agitación:

De elección: Haloperidol 2,5-5 mg. i.m. repetible cada 30-60 min. Dosis máxima al día 100 mg. Presenta escasos efectos cardiovasculares, anticolinérgicos o respiratorios. Riesgo elevado de efectos extra-piramidales, aunque se desaconseja el uso preventivo de biperideno por posible agravamiento del cuadro confusional. En ancianos reducir a 1/2 ó 1/3 la dosis.

- Alternativas:

- Neurolépticos atípicos:
  - Risperidona 0,5-2 mg./ día en 2 tomas.
  - Olanzapina 10 mg. im. u oral, que puede repetirse a las 2 y 4 horas. Dosis máxima al día 30 mg.
  - Tiaprida (100-200 mg oral, im o iv) y otros, menos evaluados en abordaje de agitación aguda [D].

- No aconsejable o utilizar con precaución:
  - Neurolépticos sedativos tipo levomepromacina o clorpromacina por sus efectos cardiovasculares y anticolinérgicos. Dosis no repetibles.
  - Benzodiacepinas por riesgo de producir sedación excesiva, desinhibición paradójica y depresión respiratoria. Limitación para repetir dosis.
  - Lorazepam 1-2 mg. vía oral.

- En la agitación asociada a la demencia:
  - Indicado Haloperidol en formas de agitación o agresividad severa. Se ha mostrado efectivo a dosis > 2 mg. al día. Se dará durante poco tiempo –no más de 3-6 semanas- por aumento de efectos adversos, sobre todo extrapiramidales.
  - Contraindicado la Olanzapina por demostrado aumento de mortalidad.
  - Risperidona se utilizará con precaución por demostrado aumento de accidentes isquémicos cerebrales sobre todo en mayores de 75 años [C]
  - Dosis bajas de Lorazepam pueden ser una alter-nativa a 0.5- 1mg. vía oral

Los pacientes con Demencia por Cuerpos de Lewy empeoran con neurolépticos, en este caso usar Benzodiacepinas

Los betabloqueantes (propranolol y pindolol) son los fármacos que se han mostrado más efectivos para el control de la agitación y la agresividad aso-ciada a pacientes con daño cerebral adquirido [C]. Sin embargo, su utilidad viene limitada por sus efectos secundarios como hipotensión y bradicardia, sobre todo a dosis elevadas.

6.2. Agitación psiquiátrica

Diferenciaremos el abordaje de los cuadros psicóticos de los no psicóticos.

- Agitación psiquiátrica psicótica:
    - Tratamiento de elección: Haloperidol [B]. Dosis inicial de 2,5 a 5 mg. oral, intramuscular o intravenoso. Dosis repetible cada 30-60 minutos hasta calmar al paciente. Dosis máxima al día 100 mg. Efectos ad-versos destacables: distonía aguda que se puede tratar con biperideno 2,5-5 mg. im. y acatisia aguda con Benzodiacepinas.
- Alternativas:
    - Neurolépticos atípicos:
    - Zuclopentixolacufase .Las dosis habituales utilizadas son 50 a 150 mg (1-3 ml) por vía intramuscular, recomendando 100 mg., como dosis única. Podría estar indicado ante el riesgo de agresividad persistente, consigue mantener niveles plasmáticos de 2 a 3 días. Efectos secundarios destacables extrapiramidales (C)
    - Olanzapina. La dosis inicial recomendada para la inyección de Olanzapina es de 10 mg, administrada en una sola inyección intramuscular. Se puede administrar una dosis inferior (5 mg o 7,5 mg) a la recomendada, según el estado clínico del individuo. Se puede administrar una segunda inyección de 5-10 mg, dos horas después de la primera, según el estado clínico del individuo. La dosis máxima diaria de Olanzapina (incluyendo Olanzapina oral) es de 20 mg, en no más de tres inyecciones en cada período de 24 horas.
    - Risperidona, Disponibilidad limitada de presentaciones. Sólo existen para cuadros agudos en presentación oral (comprimidos, flas o solución). Dosis inicial recomendada 2 mg.. Dosis máxima al día 9 mg. Las dosis por en-cima de 10 mg/día no han demostrado ser más eficaces que las dosis más bajas y aumentan el riesgo de síntomas extrapiramidales
    - Ziprasidona 40 mg. dos veces al día. Dosis máxima al día 160 mg. (vía oral). La dosis recomendada para la vía intramuscular es de 10 mg, administrada a demanda hasta una dosis máxima de 40 mg al día. Se pueden administrar dosis de 10 mg cada 2 horas. Algunos pacientes pueden requerir una dosis inicial de 20 mg a la cual le puede seguir unas nuevas dosis de 10 mg transcurridas 4 horas. Después pueden administrarse dosis de 10 mg cada

2 horas hasta una dosis máxima diaria de 40 mg. No se ha estudiado la administración intramuscular de Ziprasidona durante más de 3 días consecutivos.

- Si no podemos usar los neurolépticos, o no están disponibles, utilizaremos Benzodiacepinas [C]: Diazepam 5-10 mg, Lorazepam 2-5 mg o Cloracepatodipotásico 20-50 mg. 3-4 veces al día, preferible la vía oral.
- Si con un fármaco no es posible el control del paciente, podemos asociar al neuroléptico una Benzodiacepina [C]:
- Haloperidol a la dosis referidas más Diazepam 5-10 mg. oral o im (o loracepam 2-5 mg. oral, o Cloracepatodipotásico 20-50 mg. im). El Haloperidol puede repetirse cada 30-60 min.
- También se pueden asociar estas Benzo-diacepinas a los neurolépticos atípicos.
- En ancianos: como norma reducir la dosis a la mitad.
- Recomendado Haloperidol en los cuadros con agresividad o agitación severa [C].
- Risperidona se usará con precaución por el aumento de riesgo de accidentes isquémicos cerebrales [B]
- Si presentan demencia asociada no utilizar Olanzapina por aumento de accidentes isquémicos y mortalidad global demostrado [B].
- Crisis de ansiedad o situacionales: más factible vía oral y recomendado el uso de Benzodiacepinas, sobre todo sin síntomas psicóticos ni con-sumo de alcohol. Lorazepam 2-5 mg.

6.3. Agitación relacionada con consumo de tóxicos y formas mixtas

En general no son aconsejables los neurolépticos, sobre todo Haloperidol, por disminuir el umbral convulsivo especialmente ante delirium tremens, cuadro de abstinencia a Benzodiacepinas o agitaciones con fondo comicial. Utilizar en estos casos Benzodiacepinas.

También Benzodiacepinas en situaciones de abstinencia a opiáceos y algunas intoxicaciones por estimulantes.

7. SEGUIMIENTO O DERIVACIÓN

Tras el control de los síntomas valoraremos la actitud a seguir en función del tipo de agitación que hemos abordado, los antecedentes del paciente, su situación sociofamiliar y la disponibilidad de seguimiento.

La agitación de origen orgánica y cuadros confusionales generalmente van a requerir derivación al servicio de urgencias del hospital para confirmar la patología causal y su tratamiento específico.

La agitación psiquiátrica de origen psicótico generalmente va a conllevar traslado involuntario para valoración de un posible ingreso en salud mental.

La agitación psiquiátrica de origen situacional o ansioso suele permitir remisión del paciente a su domicilio y seguimiento por su médico de familia, consultas de salud mental y/ o recursos socio-sanitarios

En las situaciones de violencia con delito tendrán que intervenir también las fuerzas de seguridad.

Los cuadros relacionados con consumo de sustancias pueden tener respuestas variables según la situación planteada: remisión al médico de familia, equipos de atención a drogodependientes, recursos sociosanitarios y de salud mental o incluso valoración de ingreso en urgencias de un hospital. Al servicio de urgencias hospitalario para completar diagnóstico y valorar el ingreso.

Grados de Recomendación

[A] Existen pruebas sólidas para hacer esta recomendación. Existen estudios o alguna revisión sistemática de buena calidad con resultados homogéneos y claros.

[B] Existen pruebas suficientes para hacer la recomendación con claridad. Hay al menos un estudio de muy buena calidad o múltiples estudios con diseño aceptable que la sustentan.

[C] Existen pruebas limitadas. Al menos algún estudio aceptable.

[D] No hay pruebas basadas en estudios clínicos. La recomendación se sustenta únicamente-te en la opinión de expertos.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ALEXANDER J, THARYAN P, ADAMS C, JOHN T, MOL C, PHILIP J. RAPID TRANQUILLISATION OF VIOLENT OR AGITATED PATIENTS IN A PSYCHIATRY EMERGENCY SETTING. PRAGMATIC RANDOMISED TRIAL OF INTRAMUSCULAR LORACEPAM V. HA-LOPERIDOL PLUS PROMETHAZINE. BR J PSYCHIATRY 2004; 185: 63-9
- BAKER RW, KINON BJ, MAGUIRE GA, LIU H, HILL AL. EFFECTIVENESS OF RAPID INITIAL DOSE ESCALATION OF UP TO FORTY MILLIGRAMUS PER DAY OF ORAL OLANZA-PINE IN ACUTE AGITATION. J CLINPSYCHOPHARMACOL 2003;23:342-8
- BREIER A, MEEHAN K, BIERKETT M, MEEHAN K, JONES B, ALAKA K ET AL. A DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED DOSE-REPONSE COMPARISON OF INTRAMUS-CULAR OLANZAPINE AND HALOPERIDOL IN THE TREATMENT OF ACUTE AGITATION IN SCHIZOPHENIA. ARCHIVES PSYCHIATRY 2002; 59: 441-8
- BROOK S, LUCEY JV, GUNN KP. THE ZIPRASIDONE IM STUDY GROUP. INTRAMUSCULAR ZIPRASIDONE COMPARED WITH INTRAMUSCULAR HALOPERIDOL IN THE TREATMENT OF ACUTE PSYCHOSIS. J CLIN PSYCHIATRY 2000; 61: 933-41
- BROWN C, SCHULBERG HC. THE EFFICACY OF PSYCHOSOCIAL TREATMENTS IN PRIMARY CARE: A REVIEW OF RANDOMISED CLINICAL TRIALS. GEN HOSPPSYCHIATR 1995; 17: 414-424
- CHAMBERS RA, DRUSS BG. DROPERIDOL: EFFICACY AND SIDE EFFECTS IN PSYCHIATRIC EMERGENCIES. J CLINPSYCHIATRIC 1999; 60: 664-7
- CHAMORRO GARCÍA L. GUÍA DE MANEJO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ATENCIÓN PRIMARIA. BARCELONA: PSIQUIATRÍA EDITORES; 2004
- CHINCHILLA A. MANUAL DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS. BARCELONA: MASSON; 2003
- CITROME L, VOLAVKA J. VIOLENT PATIENTS IN THE EMERGENCY SETTING. PSYCHIATCLIN NORTH AMERICA 1999;22, 4: 789-801.
- COID J. INTERVIEWING THE AGGRESIVE PATIENT. EN: CORNEY R, EDITOR. DE
- VELOPING COMMUNICATION AND COUNSELLING SKILLS IN MEDICINE. LONDRES: ROTLEDGE; 1991.P. 96-112.
- COUTINHO E, FENTON M, ADAMS C, CAMBELL C. ZUCLOPENTHIXOL ACETATE IN

PSYCHIATRIC EMERGENCIES CLINICAL TRIAL. SCHIZOPHR RES 2000; 46: 111-118

- FLEMINGER S, GREENWOOD RJ, OLIVER DL. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA AGITACIÓN Y LA AGRESIÓN EN PERSONAS CON LESIONES CEREBRALES ADQUI-RIDAS (REVISIÓN COCHRANE TRADUCIDA). EN: LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS, NÚMERO 2, 2005. OXFORD, UPDATE SOFTWARE LTD. DISPONIBLEA: HTTP:// WWW.UPDATE-SOFTWARE.COM. (TRADUCIDA DE THE COCHRANE LIBRARY, 2005 ISSUE 2. CHICHESTER, UK: JOHN WILEY & SONS, LTD.)
- GIBSON RC, FENTON M, COUTINHO ESF, CAMPBELL C. ACETATO DE ZUCLO-PENTIXOL PARA LA ESQUIZOFRENIA AGUDA Y ENFERMEDADES MENTALES GRAVES SIMILARES (REVISIÓN COCHRANE TRADUCIDA). EN: LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS, NÚMERO 2, 2005. OXFORD, UPDATE SOFTWARE LTD. DISPONIBLEA: HTTP://WWW.UPDATE-SOFTWARE.COM. (TRADUCIDA DE THE COCHRANE LIBRARY, 2005 ISSUE 2. CHICHESTER, UK: JOHN WILEY & SONS, LTD.).

Proyectado por:

OMAR RICARDO MEDINA RAMIREZ
P. Apoyo al Sistema de Gestión de la Calidad.
04-AGOSTO- 2022

Revisó y Aprobó:

JORGE LEMUS BELLO
Gerente E.S.E.
04-AGOSTO-2022

"GESTION Y CONTROL DE CALIDAD"

Historia del Cambio: Actualización Segunda Versión.

04-AGO-2022.
04-AGO-2018.